

HỘI THẢO KHOA HỌC HỘI HỘ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH LẦN THỨ 16 NĂM 2026

TÌNH TRẠNG STRESS VÀ CHIẾN LƯỢC ĐỐI PHÓ CỦA THAI PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



Nhóm nghiên cứu: Nguyễn Thị Hoàn, Huỳnh Ngọc Phương Quế, Mai Thị Quế Trâm

Người trình bày: ThS.ĐD. Huỳnh Ngọc Phương Quế

Giảng viên / Bộ môn Hộ sinh – Đại học Y dược TP.HCM

TP. Hồ Chí Minh, ngày 31 tháng 05 năm 2026



NỘI DUNG

Đặt vấn đề

Phương pháp nghiên cứu – Kết quả

Kết luận – Kiến nghị



ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai là giai đoạn đặc biệt với nhiều thay đổi sinh lý, tâm lý, xã hội. Thai phụ thường đối mặt với stress liên quan đến sức khỏe, tài chính, vai trò làm mẹ. Nếu không được kiểm soát, stress kéo dài gây **hậu quả cho cả mẹ và thai nhi**.

Với người mẹ

Rối loạn giấc ngủ • Tăng huyết áp
Tiền sản giật • Lo âu, trầm cảm

Với thai nhi

Sinh non • Trẻ nhẹ cân • IUGR
Rối loạn phát triển thần kinh – hành vi

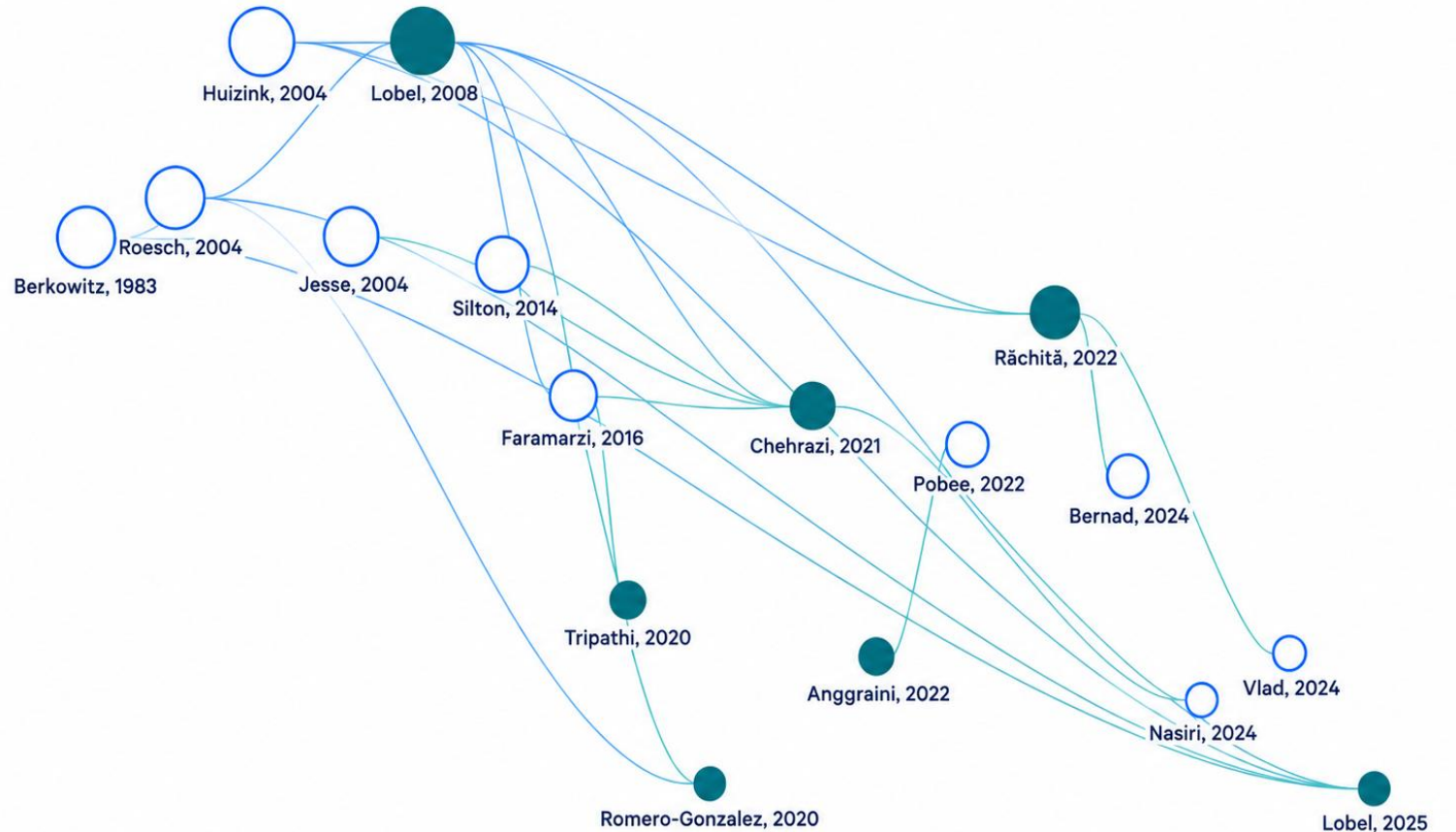
Chiến lược đối phó đóng vai trò bảo vệ sức khỏe tâm thần thai phụ (Guardino & Dunkel Schetter). Lựa chọn chiến lược đối phó phù hợp giúp thích ứng và giảm ảnh hưởng của stress lên mẹ và thai nhi.



KHOẢNG TRỐNG NGHIÊN CỨU

- Các nghiên cứu tập trung vào stress đặc hiệu thai kỳ
- Chiến lược đối phó ảnh hưởng sức khỏe tâm thần thai phụ

→ Chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đồng thời stress và chiến lược đối phó ở thai phụ VN



Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu cụ thể

- Mô tả điểm stress đặc hiệu thai kỳ ở thai phụ đến khám tại BV ĐHYD TP.HCM
- Mô tả các chiến lược đối phó mà thai phụ sử dụng trong thai kỳ tại BV ĐHYD TP.HCM
- Xác định mối liên quan giữa điểm stress và chiến lược đối phó với một số đặc điểm nhân khẩu học và sản khoa



PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU



Đối tượng:

- Thai phụ ≥ 18 tuổi đang khám tại Khoa Phụ Sản BV ĐHYD TP.HCM



Thiết kế:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang



Cỡ mẫu:

n = 175 thai phụ (chọn mẫu thuận tiện).



CÔNG CỤ NGHIÊN CỨU

NuPDQ 17 (Stress)

Tác giả: Yali & Lobel (1999)

Nội dung: 17 câu, đánh giá stress đặc hiệu thai kỳ (sức khỏe mẹ/thai, chuyển dạ, thay đổi cơ thể, kinh tế, vai trò làm mẹ)

Thang đo: Likert 3 mức (0–2), Tổng: 0–34 điểm

$\alpha = 0,95$ (nghiên cứu này)

Brief COPE (Đối phó)

Tác giả: Carver (1997)

Nội dung: 28 câu, 4 nhóm chiến lược:

Chủ động

Né tránh

Tôn giáo

Hài hước

Likert 1–4 điểm

$\alpha = 0,88$ (nghiên cứu này)



PHÂN TÍCH SỐ LIỆU VÀ ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

NHẬP LIỆU	PHẦN MỀM	KIỂM ĐỊNH PP	MÔ TẢ	PHÂN TÍCH
Excel → mã hóa	SPSS 26.0	Shapiro-Wilk & Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$) → Phân phối dữ liệu không khác biệt có ý nghĩa so với phân phối chuẩn	Tần số, tỉ lệ Trung bình \pm ĐLC	T-test • ANOVA Pearson Correlation

ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

- ✓ Được Hội đồng Đạo đức trong NCYS – ĐHYD TP.HCM phê duyệt
- ✓ Được sự chấp thuận của Ban Giám Đốc BV ĐHYD TP.HCM
- ✓ Tự nguyện tham gia, có quyền từ chối bất cứ lúc nào
- ✓ Bảo mật thông tin cá nhân – không thu thập dữ liệu nhận diện



KẾT QUẢ



ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU HỌC

n = 175



30,7 ± 5,7

tuổi

(19–44 tuổi)

Tuổi trung bình



96,6%

Dân tộc Kinh



47,4%

Lao động
trí óc



64,6%

Nơi ở
thành thị



ĐẶC ĐIỂM NỔI BẬT

Đặc điểm	Nhóm chiếm đa số	Tỷ lệ
Trình độ học vấn	Cao đẳng / Đại học	34,9%
Thu nhập gia đình	Mức trung bình (10–15 triệu/tháng)	54,3%
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	100%
Tình trạng sống chung	Cùng gia đình / người thân	96,6%

“

Mẫu nghiên cứu chủ yếu là **thai phụ thành thị, đã kết hôn** và có trình độ học vấn từ **cao đẳng trở lên**.



KẾT QUẢ



ĐẶC ĐIỂM SẢN KHOA

n = 175



35,90 tuần

Tuổi thai trung bình
($\pm 2,87$)



62,90%

BMI bình thường
(18,5 – 22,9)



56,50%

Mang thai
lần 2 trở lên



74,30%

Thai kỳ
nguy cơ

TIỀN SỬ & ĐẶC ĐIỂM THAI KỲ HIỆN TẠI	TỶ LỆ
Thai kỳ có kế hoạch	54,90%
Tiền sử sảy thai	15,40%
Tiền sử phá thai	5,10%
Tiền sử thai lưu	2,30%
Tiền sử sinh non	4,00%
Khó khăn khi thụ thai	6,30%
Triệu chứng phổ biến nhất: Đau lưng	86,90%
Chuột rút	49,70%

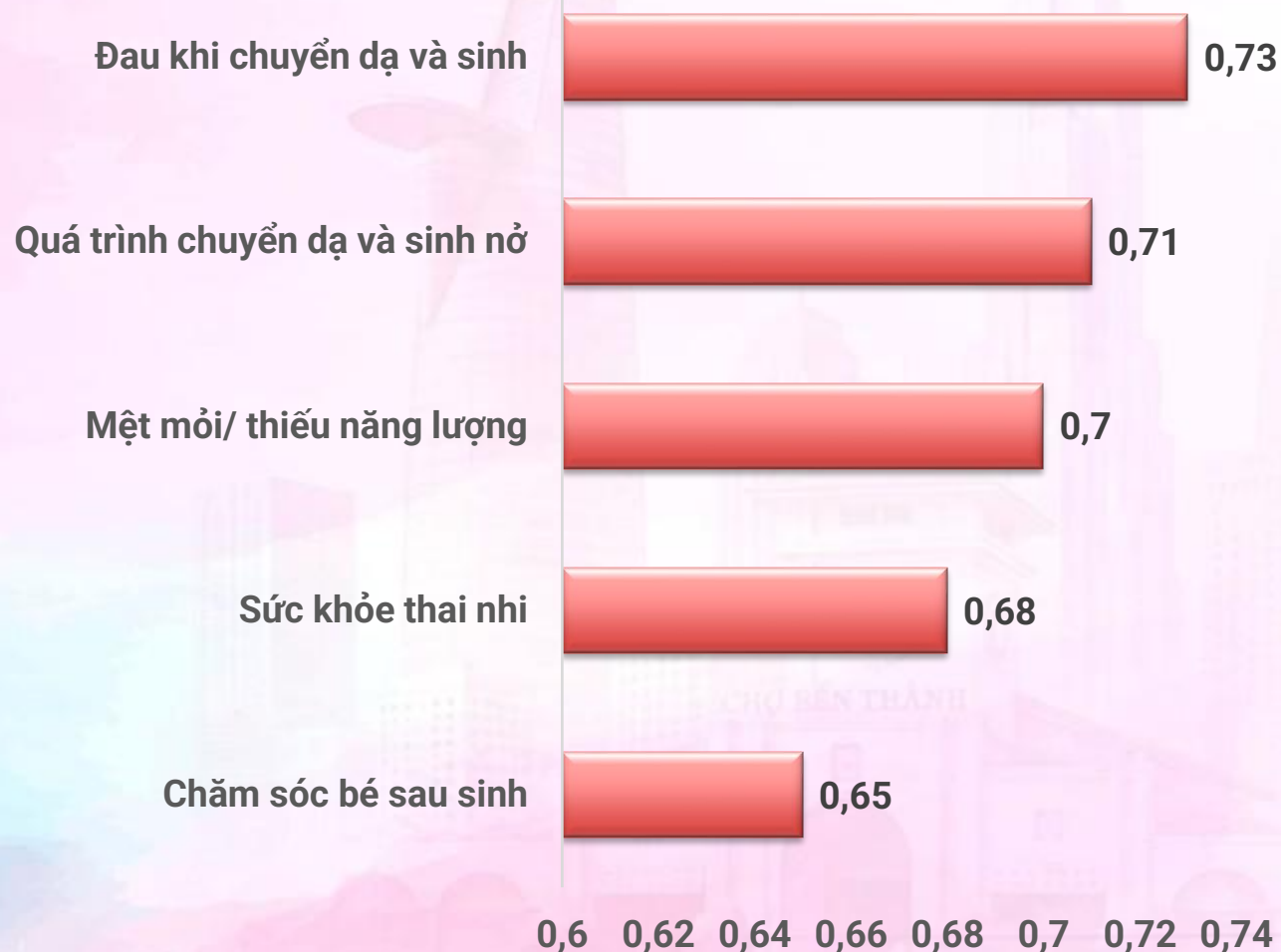
Ghi chú: BMI được phân loại theo tiêu chuẩn của WHO dành cho người châu Á.



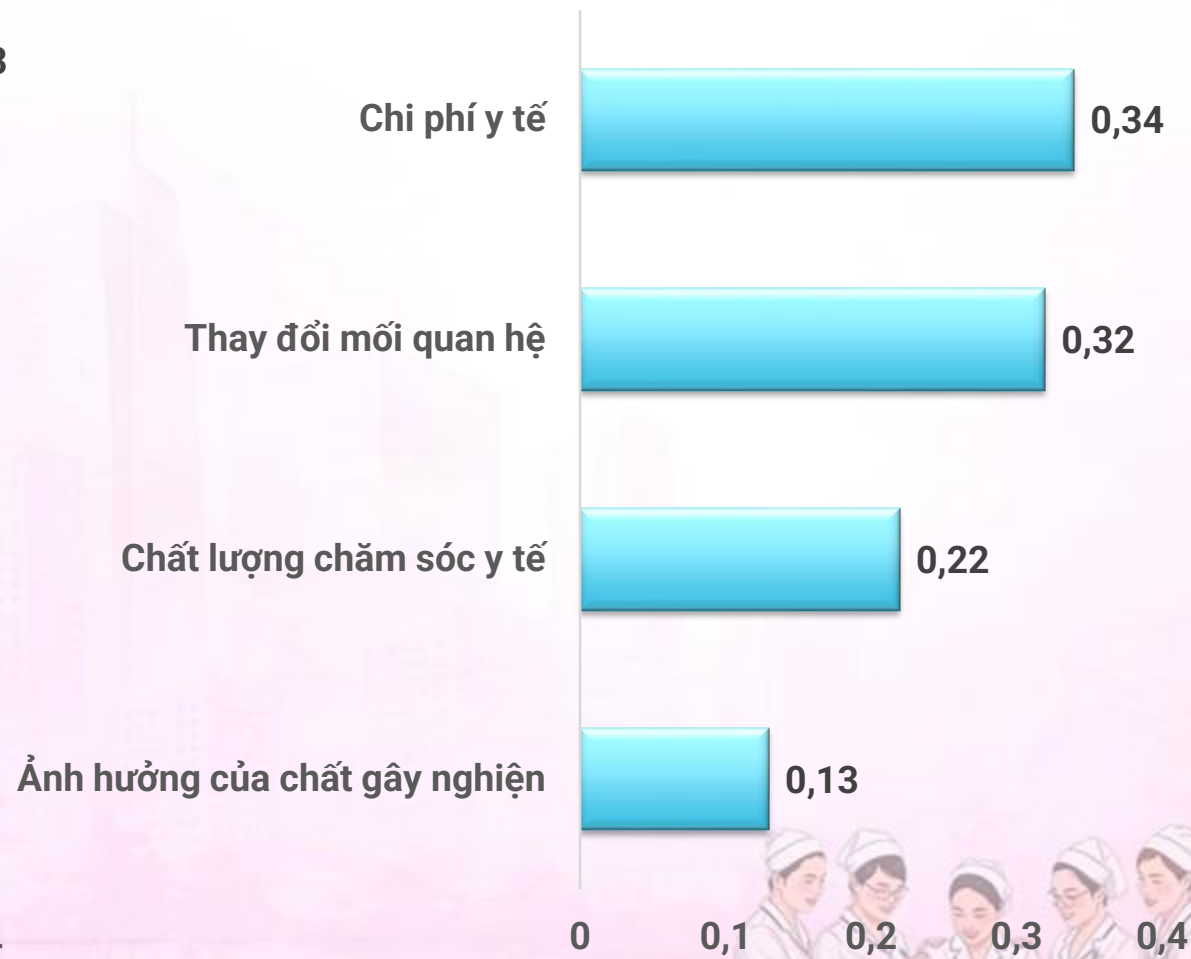
KẾT QUẢ

Thang điểm stress trong thai kỳ (NuPDQ)

Nhóm lo lắng cao nhất



Nhóm lo lắng thấp nhất



KẾT QUẢ



YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐIỂM STRESS (NuPDQ)

ĐẶC ĐIỂM

BÀN LUẬN



Nơi ở

$p = 0,010$

- Thành thị:
 $9,27 \pm 9,60$
- Nông thôn:
 $6,08 \pm 6,49$

Thai phụ thành thị có điểm stress cao hơn nhóm nông thôn. Kết quả tương đồng với **Ajini và cộng sự (2019)** và **Çelik và cộng sự (2024)**, ghi nhận phụ nữ thành thị có mức stress cao hơn. Có thể do nhận thức nguy cơ và áp lực xã hội cao hơn.



Số lần mang thai

$p = 0,024$

- Con lần đầu:
 $9,88 \pm 9,57$
- Con rạ (≥ 2 lần):
 $6,81 \pm 7,84$

Thai phụ mang thai lần đầu có điểm stress cao hơn nhóm đa sản. Kết quả phù hợp với **Yuksel và cộng sự (2013)** và **Liébana-Presa (2024)**, cho thấy phụ nữ lần đầu mang thai thường có mức stress cao hơn do thiếu kinh nghiệm và nỗi sợ sinh nở.



Chuột rút
(triệu chứng thai kỳ)

$p = 0,027$

- Có:
 $9,61 \pm 9,28$
- Không:
 $6,69 \pm 7,97$

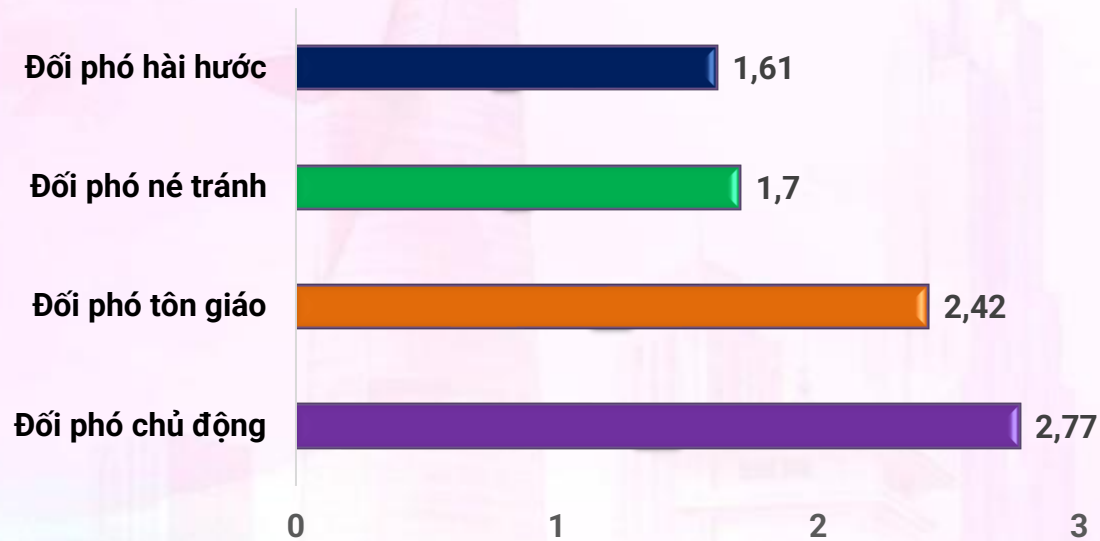
Thai phụ có chuột rút ghi nhận điểm stress cao hơn. Kết quả tương đồng với **Rabipoor & Abedi (2020)** và **Kiyak (2024)**, cho thấy các triệu chứng thể chất và giai đoạn cuối thai kỳ có liên quan đến tăng stress. Thiết kế cắt ngang chưa xác định quan hệ nhân quả.

NuPDQ: Thang đo stress thai kỳ (NuPDQ-17). Điểm TB (0-1): điểm trung bình từ 0 đến 1, điểm càng cao mức stress càng nhiều.



THANG ĐIỂM BRIEF COPE TRONG THAI KỲ

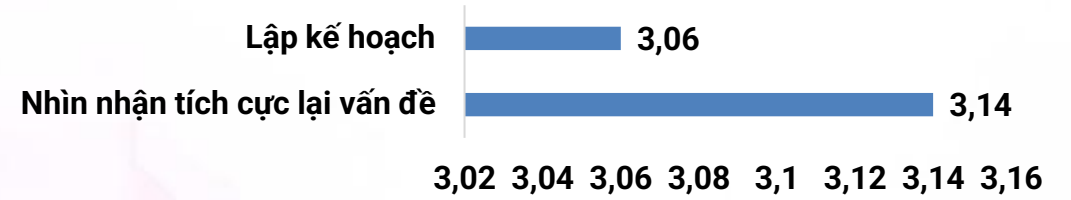
Tổng quan 4 nhóm chiến lược



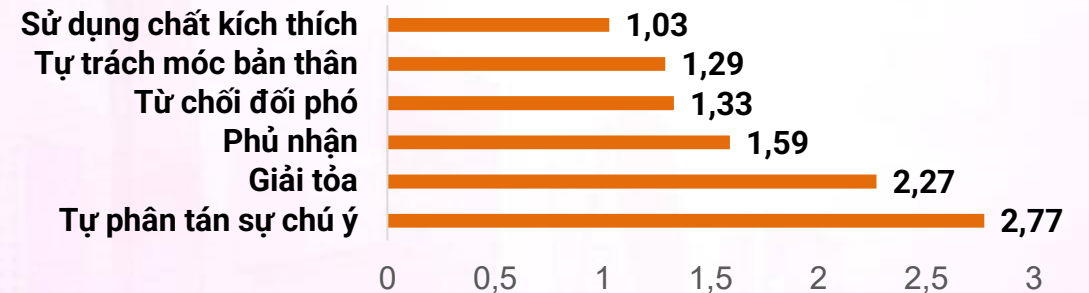
Thai phụ ưu tiên sử dụng chiến lược đối phó chủ động và đối phó tôn giáo, trong khi các chiến lược né tránh và đối phó hài hước ít được sử dụng hơn

📌 Kết quả tương đồng với Tripathi & Devkota (2020), Saito (2024) và Rita Balle (2024), ghi nhận thai phụ có xu hướng lựa chọn các cơ chế thích nghi tích cực để kiểm soát stress trong thai kỳ

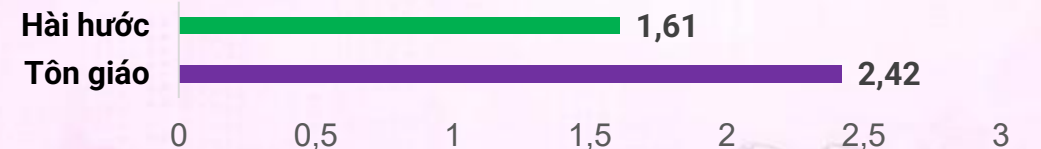
Đối phó chủ động (cao nhất)



Đối phó né tránh



Đối phó tôn giáo – hài hước



MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI CÁC CHIẾN LƯỢC ĐỐI PHÓ

Yếu tố liên quan	Đối phó chủ động		Đối phó né tránh		Đối phó tôn giáo		Đối phó hài hước	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Điểm stress	-0,332	<0,001	0,411	<0,001	0,156	0,002	-0,182	0,001
Số lần mang thai	-0,108	0,033	-	-	-	-	-	-
Thai kỳ có kế hoạch	0,128	0,009	-	-	-	-	-	-

🧠 Stress và chiến lược đối phó: KQ tương đồng Tripathi và cộng sự (2020), ghi nhận stress tương quan nghịch với đối phó chủ động và hài hước, tương quan thuận với né tránh và tôn giáo

🏠 Số lần mang thai với đối phó chủ động: số lần mang thai có tương quan nghịch yếu với đối phó chủ động thấp hơn

🏠 Thai kỳ có kế hoạch với đối phó chủ động: thai kỳ có kế hoạch liên quan đến đối phó chủ động cao hơn



MỐI LIÊN QUAN: BRIEF COPE CHỦ ĐỘNG

Yếu tố liên quan	Brief COPE – Chủ động	So sánh với y văn	Nhận định
Nơi ở	Thành thị: $34,05 \pm 6,88$ Nông thôn: $31,87 \pm 5,92$ $p = 0,029$	Chưa ghi nhận nghiên cứu trước	Môi trường sống có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thông tin và nguồn hỗ trợ trong thai kỳ.
Thu nhập gia đình	Thấp: $31,10 \pm 8,84$ Trung bình: $32,42 \pm 5,70$ Cao: $35,23 \pm 6,84$ $p = 0,025$ (ANOVA; $F = 4,043$)	Tripathi & Devkota (2020) ghi nhận nhóm thu nhập cao có xu hướng sử dụng chiến lược đối phó thích nghi nhiều hơn ($p = 0,014$).	Điều kiện kinh tế thuận lợi có thể hỗ trợ thai phụ trong quá trình thích nghi với thai kỳ.
Thai kỳ có kế hoạch	Có kế hoạch: $34,21 \pm 6,57$ Không kế hoạch: $32,15 \pm 6,55$ $p = 0,041$	Tripathi & Devkota (2020) ghi nhận nhóm mang thai có kế hoạch có mức đối phó thích nghi cao hơn ($p = 0,002$).	Việc chuẩn bị trước mang thai có thể hỗ trợ thích nghi tâm lý tốt hơn trong thai kỳ.
BMI trước mang thai	Nhẹ cân: $32,76 \pm 7,83$ Bình thường: $34,40 \pm 6,08$ Thừa cân/béo phì: $30,73 \pm 6,72$ $p = 0,007$ (ANOVA; $F = 5,140$)	Masahiro Saito et al. (2024) ghi nhận BMI có liên quan đến một số chiến lược đối phó trong thai kỳ.	Thai phụ có BMI bình thường ghi nhận điểm đối phó chủ động cao hơn nhóm thừa cân/béo phì.
Đau lưng trong thai kỳ	Có đau lưng: $33,77 \pm 6,33$ Không đau lưng: $30,04 \pm 7,71$ $p = 0,036$	Chưa ghi nhận nghiên cứu trước	Thai phụ có đau lưng ghi nhận điểm đối phó chủ động cao hơn nhóm không đau lưng. Các triệu chứng kéo dài có thể làm tăng nhu cầu sử dụng các chiến lược ứng phó trong thai kỳ.

MỐI LIÊN QUAN: BRIEF COPE NÉ TRÁNH

Yếu tố liên quan	Brief COPE – Né tránh	So sánh với y văn	Nhận định
BMI trước mang thai	Nhẹ cân: $20,10 \pm 5,36$ Bình thường: $20,93 \pm 4,17$ Thừa cân: $19,05 \pm 3,77$ p = 0,045* (ANOVA)	Hyer và cộng sự (2023) ghi nhận chiến lược đối phó né tránh liên quan đến các hành vi sức khỏe bất lợi trong thai kỳ.	Thai phụ có BMI bình thường ghi nhận điểm đối phó né tránh cao hơn nhóm nhẹ cân và thừa cân. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm BMI. Kết quả gợi ý có sự khác biệt về điểm đối phó giữa các nhóm BMI
Chuột rút trong thai kỳ	Không chuột rút: $19,50 \pm 3,66$ Có chuột rút: $21,20 \pm 4,71$ p = 0,012*	Chưa ghi nhận trong y văn hiện có.	Thai phụ có chuột rút ghi nhận điểm đối phó né tránh cao hơn nhóm không có chuột rút. Các triệu chứng khó chịu trong thai kỳ có thể ảnh hưởng đến cách thai phụ ứng phó với stress

MỐI LIÊN QUAN: BRIEF COPE HÀI HƯỚC

Yếu tố liên quan	Brief COPE – Hài hước	So sánh với y văn	Nhận định
Dân tộc	Kinh: $3,20 \pm 1,28$ Dân tộc khác: $3,83 \pm 0,41$ p = 0,010*	Chưa ghi nhận trực tiếp trong y văn về mối liên quan giữa chiến lược đối phó hài hước và dân tộc ở thai phụ. Guardino & Dunkel Schetter (2014) cho rằng yếu tố văn hóa và bối cảnh xã hội có thể ảnh hưởng đến cách lựa chọn chiến lược đối phó.	Nhóm dân tộc khác ghi nhận điểm đối phó hài hước cao hơn nhóm Kinh. Kết quả gợi ý yếu tố văn hóa và môi trường xã hội có thể ảnh hưởng đến cách thai phụ lựa chọn chiến lược đối phó.
Tiền sử thai lưu	Không thai lưu: $3,25 \pm 1,27$ Có thai lưu: $2,25 \pm 0,50$ p = 0,021*	Chưa ghi nhận trong y văn mối liên quan trực tiếp giữa tiền sử thai lưu và chiến lược đối phó hài hước ở thai phụ.	Nhóm có tiền sử thai lưu ghi nhận điểm đối phó hài hước thấp hơn nhóm không có thai lưu. Trải nghiệm mất thai trước đó có thể ảnh hưởng đến cách thai phụ ứng phó với stress trong thai kỳ tiếp theo.

MỐI LIÊN QUAN: BRIEF COPE TÔN GIÁO

Yếu tố liên quan	Kết quả nghiên cứu (Brief COPE – Tôn giáo)	So sánh với y văn	Nhận định
Tôn giáo	Có tôn giáo: $5,23 \pm 1,65$ Không tôn giáo: $4,59 \pm 1,67$ p = 0,014*	Bakır N và cộng sự (2021), nghiên cứu trên 327 thai phụ tại Thổ Nhĩ Kỳ, ghi nhận chiến lược đối phó tôn giáo liên quan đến tình trạng sức khỏe tâm thần ở thai phụ. Tuy nhiên, nghiên cứu này đánh giá trầm cảm thay vì stress thai kỳ, do đó cần thận trọng khi so sánh trực tiếp.	Thai phụ có tôn giáo ghi nhận điểm đối phó tôn giáo cao hơn nhóm không có tôn giáo. Tôn giáo có thể đóng vai trò như nguồn hỗ trợ tinh thần và cơ chế điều hòa cảm xúc trong thai kỳ. Kết quả này phù hợp với bối cảnh văn hóa Việt Nam, nơi tín ngưỡng và đời sống tâm linh vẫn giữ vai trò quan trọng.
Tiền sử sinh non	Không sinh non: $4,79 \pm 1,69$ Có sinh non: $6,29 \pm 0,95$ p = 0,005*	Chưa ghi nhận trong y văn mối liên quan trực tiếp giữa tiền sử sinh non và chiến lược đối phó tôn giáo ở thai phụ.	Nhóm có tiền sử sinh non ghi nhận điểm đối phó tôn giáo cao hơn nhóm không có tiền sử sinh non. Kết quả gợi ý các trải nghiệm sản khoa trước đó có thể ảnh hưởng đến cách thai phụ lựa chọn chiến lược đối phó trong thai kỳ tiếp theo.

KẾT LUẬN

Điểm stress thai kỳ (NuPDQ-17)

Điểm TB: $8,14 \pm 8,74$ (thang 0–34) – mức thấp đến trung bình. Lo lắng cao nhất: đau khi chuyển dạ (0,73), quá trình sinh nở (0,71), mệt mỏi (0,70). Liên quan có ý nghĩa thống kê: nơi ở ($p = 0,010$), số lần mang thai ($p = 0,024$), chuột rút ($p = 0,027$)

Chiến lược đối phó (Brief COPE)

Chủ động được dùng nhiều nhất ($2,77 \pm 0,55$). Né tránh: $1,70 \pm 0,36$. Tôn giáo: $2,42 \pm 0,85$. HÀi hước ít nhất: $1,61 \pm 0,63$. Thai phụ ưu tiên chiến lược chủ động hơn né tránh

Các yếu tố liên quan đến chiến lược đối phó

Chủ động: nơi ở, thu nhập, BMI, thai kỳ có kế hoạch, đau lưng ($p < 0,05$). Né tránh: BMI, chuột rút. HÀi hước: dân tộc ($p = 0,010$), tiền sử thai lưu ($p = 0,021$). Tôn giáo: tôn giáo ($p = 0,014$), tiền sử sinh non ($p = 0,005$)



ĐIỂM NỔI BẬT VÀ HẠN CHẾ

**Tương đồng
với y văn quốc
tế**

Điểm stress (8,14) và phân bố chiến lược đối phó tương đồng với Kabukcu (2019), Motofelea (2026), Penengo (2020). Xác nhận giá trị NuPDQ và Brief COPE trong bối cảnh VN

**Thai kỳ nguy
cơ cao (74,3%)
– đặc thù
bệnh viện
tuyến cuối**

Cao hơn nhiều so với Crowe (2022): 27,1%. BV ĐHYD tiếp nhận nhiều ca phức tạp → mẫu nghiên cứu có đặc điểm riêng, cần thận trọng khi suy rộng.

Hạn chế

Thiết kế cắt ngang → chưa xác định được nhân quả. Chọn mẫu thuận tiện tại 1 cơ sở → giới hạn tính đại diện. Cỡ mẫu $n = 175$ tương đối nhỏ. Không hiệu chỉnh đa kiểm định (Bonferroni/FDR) → các kết quả p gần ngưỡng 0,05 cần diễn giải thận trọng.



KIẾN NGHỊ

ĐỐI VỚI LÂM SÀNG

- Sàng lọc stress định kỳ bằng NuPDQ
- Tích hợp tư vấn tâm lý tiền sản.
- Chú ý nhóm nguy cơ: thu nhập thấp, thai ngoài kế hoạch, BMI bất thường → hỗ trợ chiến lược đối phó chủ động
- Đào tạo điều dưỡng/hộ sinh về nhận diện và hỗ trợ stress thai kỳ

ĐỐI VỚI NGHIÊN CỨU

- Mở rộng cỡ mẫu và đa trung tâm để tăng tính đại diện
- Thiết kế nghiên cứu dọc để xác định quan hệ nhân quả giữa stress và chiến lược đối phó
- Khảo sát riêng các nhóm nguy cơ đặc thù (thai kỳ nguy cơ cao, khó khăn khi thụ thai, thu nhập thấp)
- Xây dựng và đánh giá hiệu quả các can thiệp hỗ trợ tâm lý dựa trên bằng chứng



“

*“**Mỗi thai phụ mang trong mình không chỉ một sinh linh mới — mà còn cả những lo lắng, nỗi sợ và sức mạnh riêng để vượt qua. "Stress trong thai kỳ là có thật — nhưng cách đối phó có thể thay đổi.***

Nhận diện sớm · Hỗ trợ đúng lúc · Đồng hành cùng thai phụ” ”



Tài liệu tham khảo

1. Guardino CM, Schetter CD. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychol Rev.* 2014;8(1):70–94.
2. Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1999;20(1):39–52.
3. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92–100.
4. Kabukcu C, Sert C, Gunes C, et al. Predictors of prenatal distress and fear of childbirth among nulliparous and parous women. *Niger J Clin Pract.* 2019;22(12):1635–1643.
5. Tripathi P, Devkota G. Stress and Coping Strategies among Pregnant Women attending Antenatal Clinic of a Teaching Hospital in eastern Nepal. *Nepal J Obstet Gynaecol.* 2020;15(2):28–33.
6. Penengo C, Colli C, Garzitto M, et al. Validation of the Italian version of the Revised Prenatal Coping Inventory (NuPCI) and its correlations with pregnancy-specific stress. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):466.
7. Motofelea N, Galis R, Szasz FA, et al. Coping Styles, Postpartum Depression, and Anxiety in Romanian Women: A Cross-Sectional Study Using the Brief COPE Inventory. *J Clin Med.* 2026;15(3):1029.
8. Ajini K, Nanu Pillai R, Prasad J. Stress, Coping, Self-efficacy and Birth Satisfaction among Low-risk Pregnant Women: A Cross-sectional Study. *J Clin Diagn Res.* 2023;17(1):QC05–QC10.
9. Liébana-Presa C, García-Fernández R, Martín-Vázquez C, et al. Anxiety, prenatal distress, and resilience during the first trimester of gestation. *Rev Esc Enferm USP.* 2024;58:e20230290.
10. Kiyak S. The relationship of depression, anxiety, and stress with pregnancy symptoms and coping styles in pregnant women: A multi-group structural equation modeling analysis. *Midwifery.* 2024;136:104103.
11. Hyer S, Vaughan S, Davis JW, et al. The association of avoidance coping in gestational weight gain among pregnant Black women. *West J Nurs Res.* 2023;45(3):226–233.
12. Saito M, Usui I, Sugawara N, et al. Patients with diabetes and obesity exhibit characteristics in eating and coping behaviors and personality traits. *Diabetol Int.* 2024;15(3):528–534.
13. Bakır N, Irmak Vural P, Demir C. Relationship of Depression, Anxiety and Stress Levels with Religious Coping Strategies Among Turkish Pregnant Women During the COVID-19 Pandemic. *J Relig Health.* 2021;60(5):3379–3393.
14. Crowe S, Sarma K. Coping with Covid-19: stress, control and coping among pregnant women in Ireland during the Covid-19 pandemic. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):274.





TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

Quý chủ tọa và quý đồng nghiệp đã chú ý lắng nghe

